

Glossar zur Gesundheitsreform 2006

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

Stand: 25. Oktober 2006

Inhaltsverzeichnis

Begriff	Seite
Ärztliche Vergütung	4
Ambulante Behandlung im Krankenhaus.....	7
Arzneimittelpreisverordnung.....	9
Basistarif (in der privaten Krankenversicherung)	11
Beitragssatz	13
Bürokratieabbau (im Gesundheitswesen)	15
Chroniker.....	17
geriatrische Reha	19
Gesundheitsfonds	20
Häusliche Krankenpflege.....	22
Integrierte Versorgung	24
Kinderhospize	27
Kontrahierungszwang	28
Konvergenzklausel.....	29
Kosten-Nutzen-Bewertung (bei Arzneimitteln)	30
Krankenkassenfusionen	32
Krankenversicherungsschutz	34
Leistungskatalog	34
Missbrauch (der Krankenversichertenkarte).....	38
Palliativversorgung	39
Portabilität der Alterungsrückstellungen (in der privaten Krankenversicherung)	41
Prämienauszahlung.....	43
Preis- und Vertragswettbewerb (bei Heil- und Hilfsmitteln).....	44
Professionalisierung	46
Rehabilitation	48
Risikostrukturausgleich.....	50
Spitzenverband Bund der Krankenkassen.....	53
Steuerzuschüsse (zur Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben).....	55
Überforderungsklausel	56

Vertragsfreiheit (der Krankenkassen).....	57
Wahltarife	59
Zusatzbeitrag	61
Zweitmeinung	63

Ärztliche Vergütung

Wer krank ist, geht zum Arzt. Dieser untersucht, stellt eine Diagnose und ordnet die notwendige Behandlung an. In jeder der rund 172.000 kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Praxen kommt Tag für Tag ein komplexes System von Leistungen zum Einsatz, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) finanziert werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen leisten ihrerseits jedoch keine direkten Zahlungen an die einzelne Vertragsärztin beziehungsweise den Vertragsarzt, sondern eine so genannte Gesamtvergütung (auch Honorarbudget genannt) an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die Höhe dieser Gesamtvergütung wird zwischen der jeweiligen KV und dem jeweiligen Krankenkassenverband festgelegt. Alle vertragsärztlichen Leistungen werden vorab mit der Gesamtvergütung der Kassen an die KVen abgegolten – Nachforderungen sind unmöglich. Die Gesamtvergütung umfasst das Ausgabenvolumen für alle zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen, welches in der jeweiligen KV-Region für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht.

Den KVen gehören alle Vertragsärzte einer Region als Mitglieder an. An diese gibt die KV über einen festgelegten Verteilungsschlüssel (Honorarverteilungsvertrag) die Gesamtvergütung weiter. Das heißt, die Vertragsärzte erhalten von ihrer KV ein Honorar, das sich aus dem Topf der Gesamtvergütung der Kassen an die KVen speist.

Grundlage des Arzthonorars sind Punkte, mit denen die ärztlichen Leistungen bewertet werden. Das Punktwertsystem ist im so genannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt, der auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart wird.

Der Punktwert ist ein realer Eurobetrag, der jedoch nicht fix ist. Er ist abhängig vom Gesamtvolumen und der Menge der Leistungen, die alle Vertragsärzte einer Region bei ihrer KV in einem Quartal abrechnen. Vereinfacht gesagt: Die Größe des Kuchenstücks hängt davon ab, wie viele sich den Kuchen teilen.

Das Honorar des Vertragsarztes errechnet sich also aus der Summe der Punkte, die er in einem Quartal durch erbrachte Leistungen am Patienten gesammelt hat, und die mit dem von der KV nach Ablauf des Quartals festgelegten Punktwert multipliziert werden.

Neben den über den Punktwert vergüteten Leistungen erzielt der Vertragsarzt auch Einnahmen über Vereinbarungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Ärzten beziehungsweise KVen, die außerhalb der Gesamtvergütung liegen. Das betrifft zum Beispiel die Teilnahme an Versorgungsformen, die im Zuge der Gesundheitsreform 2004 eingeführt beziehungsweise ausgeweitet wurden, wie zum Beispiel Hausarztmodelle oder strukturierte Behandlungsprogramme für Chroniker.

Außerdem erhalten Ärztinnen und Ärzte Honorare für die Versorgung von Privatpatienten, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegt sind. Darüber hinaus können niedergelassene Ärzte Einnahmen aus Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) erzielen, die sie direkt mit dem Patienten nach der GOÄ abrechnen.

Mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) wurde beschlossen, die ärztliche Vergütung neu zu gestalten. Ziel war zum einen, die erbrachten Leistungen angemessen zu vergüten und für die Ärztinnen und Ärzte kalkulierbar zu machen. Zum anderen sollte das Morbiditätsrisiko – also das Risiko von Ausgabensteigerungen auf Grund erhöhter Krankheitshäufigkeit – stärkere Berücksichtigung finden.

Die vorgesehene Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich konnte von der dafür zuständigen gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen bislang nicht umgesetzt werden.

Deshalb wird mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die Erarbeitung des ärztlichen Vergütungssystems im Rahmen eines professionellen Verfahrens auf den Weg gebracht. Die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wird bei der Umsetzung der Vergütungsreform nun durch ein neutrales professionelles Institut unterstützt.

Ziel ist ein Vergütungssystem, das einfach und transparent gestaltet ist. Es soll den Ärztinnen und Ärzten mehr Kalkulationssicherheit ermöglichen, indem sie – anders als heute – im Voraus wissen, wie hoch die Vergütung ihrer Leistungen ist.

Im Wesentlichen bedeutet dies:

- Das von Budgets und schwankenden Punktwerten geprägte Honorarsystem wird durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst. Die Euro-Gebührenordnung enthält Pauschalvergütungen in überschaubarer Zahl sowie Einzelvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen (zum Beispiel Hausbesuche). Für Haus- und Fachärzte gelten dabei unterschiedliche Kriterien, die den Unterschieden der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen.
- Für besonders qualifizierte Leistungen wird es Honorarzuschläge geben.
- Das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen übertragen. Die für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehende Gesamtvergütung soll sich zukünftig – anders als heute – an der Morbidität der Versicherten orientieren. Das heißt, für zusätzliche Leistungen, die aus einem Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten herrühren, wird von den Krankenkassen mehr Honorar zur Verfügung gestellt.
- Die notwendige Kosten- und Mengensteuerung erfolgt durch Anreizmechanismen in der Gebührenordnung sowie mengen- und praxisbezogene Preisabstaffelungen.
- Zum Abbau von Über- und Unterversorgung werden künftig finanzielle Anreize gesetzt, die zu einer regional ausgewogenen Arztdichte beitragen sollen.

Das neue vertragsärztliche Vergütungssystem tritt am 1. Januar 2009 in Kraft. Bis Ende 2008 gilt das bestehende vertragsärztliche Vergütungssystem weiter, wobei aber bereits zum 1. Januar 2008 die ärztlichen Leistungen im EBM als Pauschalen abgebildet und Qualitätszuschläge ermöglicht werden.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Für die Behandlung besonderer Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids sind Krankenhäuser oft besser gerüstet als eine Arztpraxis. Der Zugang zu hochspezialisierten ambulanten Behandlungen am Krankenhaus wurde deshalb bereits mit der Gesundheitsreform 2004 erleichtert.

Die gesetzlichen Krankenkassen konnten mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Um welche Leistungen es im Einzelnen geht, ist in einem Katalog aufgeführt, der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) fortlaufend aktualisiert wird.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht nun Vereinfachungen der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus vor. Künftig ist für Krankenhäuser der Zugang zur ambulanten Versorgung auf zwei Wegen möglich: Sie können im Rahmen der Integrierten Versorgung hochspezialisierte Leistungen ambulant erbringen, ohne an weitere Voraussetzungen gebunden zu sein. Das heißt, dass Krankenkassen und Krankenhäuser Verträge unabhängig davon schließen können, ob ein Vertragsarzt an der Integrierten Versorgung teilnimmt und einen entsprechenden Zulassungsstatus in den Vertrag einbringt.

Krankenhäuser, die im Rahmen der Integrierten Versorgung ambulante Leistungen erbringen, profitieren damit auch von der Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsangebote, die bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems im ambulanten Bereich verlängert wird.

Darüber hinaus können Krankenhäuser, die zur stationären Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind, die ambulante Leistungserbringung beantragen und an einem speziellen Zulassungsverfahren im jeweiligen Land teilnehmen: Ein Krankenhaus ist zur ambulanten Erbringung der oben genannten Katalog-Leistungen berechtigt, wenn es aufgrund seiner Eignung dazu bestimmt worden ist. Die Entscheidung hierüber fällt in Anknüpfung an die den Ländern obliegende Krankenhausplanung.

Alle auf diese Weise zugelassenen Krankenhäuser dürfen die Katalog-Leistungen im zugelassenen Umfang zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich erbringen. Die ausgewählten Kliniken stehen mit ihrem ambulanten Versorgungsangebot prinzipiell allen Versicherten zur Verfügung.

Ziel der Neuregelung ist eine qualitativ und quantitativ ausreichende ambulante Versorgung in dem genannten speziellen Versorgungsbereich. Dies erfordert die Einbeziehung von Krankenhäusern.

Arzneimittelpreisverordnung

Die Preisbildung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die in Apotheken abgegeben werden, ist in Deutschland durch die Arzneimittelpreisverordnung geregelt. Sie legt auf der Grundlage des Herstellerpreises bestimmte Zuschläge fest, mit denen die Leistungen des pharmazeutischen Großhandels und der Apotheke vergütet werden. Die Zuschläge werden auf den Abgabepreis des Herstellers erhoben, die Preisbildung des Herstellers ist also frei.

Für verschreibungspflichtige Arzneimittel erheben die Apotheken einen Aufschlag von drei Prozent des Einkaufspreises zuzüglich eines Festzuschlags von 8,10 Euro je Packung. Der Großhandel erhält prozentuale Aufschläge zur Vergütung der Beschaffung, Bevorratung und Verteilung von Arzneimitteln von Herstellern an Apotheken. Der Apothekenabgabepreis ist für alle verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel einheitlich.

Mit Wirkung vom 1. April 2006 gilt ein auf zwei Jahre befristeter Preisstopp für Arzneimittel. Erhöht ein Hersteller in dieser Zeit die Preise, muss er die Preiserhöhung als Rabatt an die Krankenkassen weitergeben. Der Preisstopp bezieht sich auf den Herstellerabgabepreis, das heißt den Preis, zu dem der Hersteller seine Produkte an den Großhandel bzw. die Apotheken verkauft – ohne Mehrwertsteuer.

Seit dem gleichen Stichtag gilt ein Abschlag auf patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel (so genannte Generika) zugunsten der Krankenkassen.

Der Abschlag in Höhe von zehn Prozent gilt nur in der gesetzlichen Krankenversicherung und wird auf den Herstellerabgabepreis ohne Mehrwertsteuer erhoben. Preissenkungen kann der Hersteller mit dem Abschlag verrechnen, sofern der Hersteller den abgesenkten Preis mindestens drei Jahre stabil hält. Bei einer Preissenkung um zehn Prozent und mehr fällt der Abschlag ganz weg. Diese Anrechnungsmöglichkeit gilt aber erst für Preissenkungen, die erstmals ab dem 1. Januar 2007 vorgenommen werden.

Durch diese Stichtagsregelung wird ausgeschlossen, dass Preisanpassungen an Änderungen des Festbetrags im Jahre 2006 auf den Abschlag von zehn Prozent angerechnet werden können.

Mit sofortiger Wirkung befreit wurden allerdings Generika, deren Preise mindestens 30 Prozent niedriger als der Festbetrag sind. Es gelten die jeweils bei der Abrechnung mit den Krankenkassen gültigen Preise und Festbeträge auf Basis des Apothekeneinkaufspreises einschließlich Mehrwertsteuer. Hersteller können somit den Abschlag von zehn Prozent bereits im Jahre 2006 ablösen, sobald sie ihren Preis mindestens auf 30 Prozent unter Festbetrag festlegen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) gelten künftig für alle Arzneimittel keine Festpreise mehr, sondern Höchstpreise. Für jedes Arzneimittel kann der Preis also auch unterschritten werden. Die dadurch realisierbaren Einsparungen sollen den Krankenkassen und den Versicherten zugutekommen. Die neue Regelung bedeutet konkret, dass der von den Unternehmen festgelegte Listenpreis für die Abgabe ihrer Arzneimittel nur durch Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Herstellern unterschritten werden kann. Apotheken können an diesen Verträgen beteiligt werden. Sie können aber auch aus eigener Initiative solche Verträge schließen, wenn die Krankenkassen untätig bleiben.

Für die Abgabe von Generika können die Krankenkassen mit den Apotheken auch Zielpreisvereinbarungen treffen. Die Apotheken können im Rahmen dieser Zielpreisvereinbarungen die Generika zur Abgabe selbst auswählen.

Durch die Umstellung auf Höchstpreise haben die Apotheken künftig die Möglichkeit, bei der Abrechnung von Arzneimitteln mit den Krankenkassen oder bei der Abgabe an Patientinnen und Patienten auf einen Teil ihrer Gewinnspanne (Marge) zu verzichten.

Damit die neuen Möglichkeiten für Preisverhandlungen flächendeckend genutzt werden, wird ein wirtschaftlicher Anreiz gesetzt: Wird durch Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken in den ersten zwölf Monaten nach Inkrafttreten des GKV-WSG nicht mindestens ein Einsparvolumen von 500 Millionen Euro erzielt, tragen die Apotheker den Differenzbetrag durch einen entsprechend erhöhten Apothekenrabatt.

Basistarif (in der privaten Krankenversicherung)

Ein Anliegen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) besteht darin, im Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung verbesserte Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb zu schaffen.

Deshalb wird in der privaten Krankenversicherung ein Basistarif eingeführt, der den bisherigen Standardtarif der Privatversicherungen ersetzt. Der Basistarif enthält ein Leistungsangebot, das dem der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Die Höhe der Beiträge des Basistarifs richtet sich nur nach dem Eintrittsalter und dem Geschlecht des Versicherungsnehmers, nicht nach seinem Gesundheitsstatus. Es besteht wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung ein so genannter Kontrahierungszwang, das heißt eine gesetzliche Verpflichtung der privaten Versicherungsunternehmen, Versicherte aufzunehmen. Risikoausschlüsse oder -zuschläge gibt es beim Basistarif nicht.

Die Versorgung von Versicherten im Basistarif wird über Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und privater Krankenversicherung sichergestellt. Das bedeutet, dass diese Versicherten ebenso wie gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf ärztliche Versorgung haben.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 Euro. Sind Ehegatten oder Lebenspartner auch im Basistarif, darf die Prämie für beide Partner insgesamt nicht mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung betragen.

Würde die Bezahlung eines solchen Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe oder der Grundsicherung für Arbeitssuchende auslösen, stellen weitere Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

Die Versicherten können in Zukunft leichter zwischen den Versicherungsunternehmen wechseln.

Dazu werden die Altersrückstellungen der Versicherten bei einem Wechsel der Versicherung im Umfang des Basistarifs anrechnungsfähig gestaltet.

Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, den Basistarif ab 1. Januar 2008 anzubieten.

Beitragssatz

Das Beitragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland ist Ausdruck des Solidarprinzips. Die gesetzlich Versicherten zahlen monatliche Beiträge als prozentualen Anteil ihres Arbeitseinkommens: Geringverdiener zahlen weniger ein, Gutverdiener mehr, wobei die Höhe der Beiträge durch die Beitragsbemessungsgrenze nach oben begrenzt ist.

Im Unterschied zur Beitragsgestaltung bei den privaten Krankenversicherungen ist die Höhe der Beiträge in der GKV unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten. Familienversicherte sind ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert. Grundsätzlich werden die Beiträge zur GKV von Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam getragen.

Es gibt in der GKV verschiedene Beitragssätze. Der allgemeine Beitragssatz ist gültig für Pflichtversicherte und freiwillige Mitglieder der GKV, die einen Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall für mindestens sechs Wochen haben. Bei Rentnern und versicherungspflichtigen Arbeitnehmern gilt für die Bemessung der Beiträge aus Renten, Versorgungsbezügen und Einkünften aus selbständiger Tätigkeit ebenfalls der allgemeine Beitragssatz der Krankenkasse.

Bis zum 31. Dezember 2003 wurden die Beiträge von Rentnern und versicherungspflichtigen Arbeitnehmern aus Versorgungsbezügen und Einkünften aus selbständiger Tätigkeit nur nach dem halben allgemeinen Beitragssatz bemessen, doch im Zuge der Gesundheitsreform 2004 ist diese Vergünstigung zum 1. Januar 2004 aufgehoben worden.

Der erhöhte Beitragssatz gilt für Versicherte, die seitens ihres Arbeitgebers keinen Anspruch auf die sechswöchige Lohnfortzahlung im Krankheitsfall haben. Der ermäßigte Beitragssatz findet Anwendung bei der Beitragsberechnung für Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben.

Seit dem 1. Juli 2005 wird ein zusätzlicher Beitragssatz in Höhe von 0,9 Prozent der beitragspflichtigen Bruttoeinnahmen erhoben. Gleichzeitig wurden die Beitragssätze um 0,9 Prozent abgesenkt.

Da der allgemeine Beitragssatz auch weiterhin paritätisch getragen wird, kommt diese Senkung den Versicherten zur Hälfte zugute. Somit werden sie mit 0,45 Prozentpunkten belastet. Bezieher von Arbeitslosengeld II und mitversicherte Familienangehörige zahlen den zusätzlichen Beitragssatz nicht.

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wird das Beitragssystem der GKV grundlegend verändert. Mit Einführung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute – einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beiträge werden zu Beginn so bemessen, dass die voraussichtlichen Beitragseinnahmen zusammen mit der Beteiligung des Bundes die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen decken.

Die Beiträge von Arbeitgebern und Mitgliedern der Krankenkassen werden von der Bundesregierung per Rechtsverordnung festgelegt. Erforderliche Veränderungen des allgemeinen Beitragssatzes werden künftig in der Regel jeweils bis zum 1. November eines Jahres mit Wirkung vom 1. Januar des Folgejahres festgelegt.

Der Beitragssatz wird erhöht, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindestens 95 Prozent decken. Umgekehrt wird der Beitragssatz gesenkt, wenn eine Deckungsquote von 100 Prozent überschritten und bei einer Senkung des Beitragssatzes um mindestens 0,2 Beitragssatzpunkte die Deckungsquote 95 Prozent im laufenden Jahr voraussichtlich nicht unterschritten wird.

Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben (zum Beispiel Bezieher von Arbeitslosengeld II), gilt auch künftig ein ermäßigter Beitragssatz, den die Bundesregierung durch Rechtsverordnung festlegt. Die Ermäßigung entspricht dem Anteil des Krankengeldes an den Gesamtausgaben der Krankenkassen.

Bürokratieabbau (im Gesundheitswesen)

Bürokratieabbau meint den Abbau von gewohnten Verfahren, die sich als überflüssig erweisen, zum Beispiel die Verschlankung eines gut gemeinten, aber überzogenen Formularwesens in neuen Versorgungsbereichen oder die Vermeidung von Doppelarbeit auf allen Entscheidungs- und Verantwortungsebenen. Ein Abbau bürokratischer Vorgänge und Verfahren ist dann sinnvoll, wenn der Verwaltungsaufwand verringert wird und die Transparenz, die Qualität und die Effizienz der medizinischen Versorgung erhalten beziehungsweise erhöht werden können.

Grenzen der Entbürokratisierung müssen dort gezogen werden, wo der Abbau von Regelungen Intransparenz hervorruft und somit die Gefahr von Misswirtschaft oder Qualitätsminderung droht. So ist zum Beispiel eine funktionierende Qualitätssicherung ohne die Erhebung und Dokumentation von Daten nicht möglich. Und Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen sind unverzichtbare Instrumente zur Verhinderung ungerechtfertigter Leistungsausweitungen. Die Verpflichtung zur Dokumentation dient der Sicherung der ärztlichen Therapie und kann im Einzelfall für die Beweissicherung unerlässlich sein.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im Rahmen einer Arbeitsgruppe die Möglichkeiten zur Verringerung des bürokratischen Aufwands im Gesundheitswesen überprüft.

Praxiserfahrene Vertreter der Ärzteschaft haben gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter der Federführung des BMG konkrete Vorschläge erarbeitet. Es wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, der deutlich vereinfachte Verfahren insbesondere bei den strukturierten Behandlungsprogrammen, der Qualitätssicherung, den Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie dem Formularwesen vorsieht.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) trägt dem Maßnahmenkatalog der Arbeitsgruppe im BMG Rechnung. Bürokratie wird künftig insbesondere dort abgebaut, wo die Belange der Patientinnen und Patienten unmittelbar beeinträchtigt werden. So werden beispielsweise Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) über die Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden transparenter und vor allen Dingen schneller als bislang getroffen. Versicherte erhalten außerdem bessere Informationen über Leistungsangebote der Krankenkassen und die Qualität therapeutischer Leistungen. Aber auch Ärzte und nichtärztliche Berufsgruppen profitieren vom Bürokratieabbau: Abrechnungsverfahren werden vereinfacht, Prüfverfahren entschlackt, überflüssige Kontrollen abgebaut und notwendige Dokumentations- und Verwaltungsanforderungen an Ärzte, Pflegekräfte und Krankenhäuser entbürokratisiert.

Chroniker

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die schwerwiegend chronisch krank und wegen dieser Krankheit in Dauerbehandlung sind, werden bei der Ermittlung der Belastungsgrenze besonders behandelt: Die von diesen Personen zu leistenden Zuzahlungen sind grundsätzlich auf maximal ein Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt begrenzt. Die Belastungsgrenze für nicht chronisch kranke Menschen liegt dagegen bei zwei Prozent ihrer jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: Entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent. Außerdem ist Chroniker, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist. Zu den chronischen Krankheiten, die eine Dauerbehandlung erfordern, gehören zum Beispiel Diabetes mellitus, Asthma, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen oder koronare Herzkrankheit. Die Behandlung chronischer Erkrankungen erfordert in der Regel eine intensive Betreuung durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen und andere Heilberufler sowie eine aktive Mitwirkung der Patientinnen und Patienten. Ihre Behandlung kann nur dann optimal sein, wenn sie strukturiert und koordiniert erfolgt.

Für eine Reihe chronischer Erkrankungen gibt es deshalb strukturierte Behandlungsprogramme.

Seit der Gesundheitsreform 2004 können die gesetzlichen Krankenkassen die Teilnahme ihrer Versicherten an solchen Programmen gezielt fördern: Chronisch Kranke, die sich in ein solches Behandlungsprogramm einschreiben, können mit einem Bonus ihrer Kasse rechnen.

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wird die Regelung der Zuzahlungs-Belastungsgrenze so ergänzt, dass die Verantwortung der Versicherten für die eigene Gesundheit gestärkt und die Teilnahme an Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung gefördert werden:

- Versicherte, die bereits heute chronisch krank sind und von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, können diese auch weiterhin in Anspruch nehmen. Voraussetzung für die Aufrechterhaltung ist allerdings, dass sie sich therapiegerecht verhalten. Deshalb darf die Bescheinigung über die Fortdauer der chronischen Erkrankung nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Patienten feststellt. Therapiegerechtes Verhalten kann zum Beispiel die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm sein; in Fällen, in denen ein solches nicht besteht, wird die geeignete Therapie vom Arzt bestimmt.
- Für alle Versicherten, die bei Inkrafttreten des Gesetzes 45 Jahre alt oder älter sind, gilt dasselbe, wenn sie einmal chronisch krank werden sollten.
- Für jüngere Versicherte wird eingeführt, dass sie empfohlene Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung wahrnehmen müssen, um bei einer späteren chronischen Erkrankung einen Anspruch auf die reduzierte Belastungsgrenze geltend machen zu können. Je nach Alter und Geschlecht der Versicherten sind hier unterschiedliche Untersuchungen relevant und deshalb auch unterschiedliche Stichtage.

Die näheren Einzelheiten wird der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen; auch notwendige Ausnahmen von dieser Regelung werden noch definiert. Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen soll, ähnlich wie bei den Zahnvorsorgeuntersuchungen, in einem Bonusheft dokumentiert werden.

Und wer die angebotenen Untersuchungen nutzt, kann außerdem noch von seiner Kasse belohnt werden, zum Beispiel in Form von Zuzahlungsermäßigungen oder Prämien.

geriatrische Rehabilitation

Ältere Menschen sollen nach einem Unfall oder einer Krankheit so lange es möglich ist, in ihrer gewohnten Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilhaben zu können. Deshalb haben ältere Menschen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) einen Rechtsanspruch auf Rehabilitation.

⇒ Siehe Rehabilitation

Gesundheitsfonds

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird mit der Einführung des Gesundheitsfonds neu gestaltet. Ab dem 1. Januar 2009 zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung bereits heute – einheitliche Beitragssätze auch in der GKV. Der Bund leistet zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen für das Jahr 2009 drei Milliarden Euro an den Gesundheitsfonds. Ab dem Jahr 2010 erhöhen sich die Leistungen des Bundes.

Jede Krankenkasse erhält pro Versichertem eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Durch die besondere Berücksichtigung schwerwiegender und kostenintensiver chronischer Krankheiten trägt der Risikostrukturausgleich (RSA) dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung. Dieser weiterentwickelte, morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird – zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds – ebenfalls zum 1. Januar 2009 eingeführt. Das Bundesversicherungsamt (BVA), das bereits den RSA zwischen den Krankenkassen durchführt, wird den Gesundheitsfonds verwalten.

Die länderbezogenen finanziellen Auswirkungen der Einführung des Gesundheitsfonds werden durch eine so genannte Konvergenzklausel begrenzt. Sie sorgt dafür, dass nicht vertretbare regionale Belastungssprünge vermieden werden.

Der Gesundheitsfonds wird in Zukunft die Finanzierung der GKV bündeln. Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die Organisation des Beitragseinzugs in der bisherigen Form erhalten. Die Kassen sollten allerdings die Weichen für gemeinsame Einrichtungen stellen, um die Arbeitgeber von unnötigem Verwaltungsaufwand zu entlasten. Ab dem 1. Januar 2011 erhalten Arbeitgeber, die dies wünschen, zusätzlich die Möglichkeit, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge an alle Sozialversicherungsträger weiter. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen sichert eine bundesweit einheitliche Einzugspraxis.

Das neue Finanzierungssystem des Gesundheitsfonds macht die Leistungen der Krankenkassen beim Leistungs- und Kostenmanagement transparent. Eine Krankenkasse, die besser wirtschaftet, kann ihren Versicherten finanzielle Vergünstigungen oder eine Prämienauszahlung gewähren. Eine Kasse, die schlechter wirtschaftet, muss bei ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Um ihre Mitglieder nicht zu überfordern, darf der zusätzlich erhobene Beitrag maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens ausmachen. Außerdem muss die Krankenkasse ihre Mitglieder auf die Möglichkeit des Kassenwechsels hinweisen.

Der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) intensivierte Wettbewerb gibt den Krankenkassen vielfältige Instrumente an die Hand, womit sie den Zusatzbeitrag für ihre Mitglieder vermeiden können. So werden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten Wahltarife und spezielle Versorgungsangebote zu gewähren: Neben Kostenerstattungs- und Selbstbehalttarifen muss jede Kasse ihren Versicherten auch eine Hausarztversorgung anbieten.

Gleichzeitig steigt die Vertragsfreiheit der gesetzlichen Krankenkassen, das heißt, der Spielraum der Krankenkassen für Verträge mit einzelnen Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern sowie bei der Integrierten Versorgung wird erheblich ausgeweitet. Schließlich können die Krankenkassen die neuen Möglichkeiten des Preiswettbewerbs mit den Partnern im Gesundheitssystem nutzen.

Der Gesundheitsfonds bringt für die Organisation des Gesundheitssystems fundamentale Vereinfachungen. Er ist ein umfassender und nachhaltiger Beitrag zum Bürokratieabbau und führt zu mehr Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Häusliche Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege umfasst in der Regel die Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung im erforderlichen Umfang.

Sofern durch häusliche Krankenpflege ein Krankenhausaufenthalt vermieden oder verkürzt werden kann oder wenn ein Krankenhausaufenthalt geboten, aber aus bestimmten Gründen nicht ausführbar ist, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten je Krankheitsfall für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen, in begründeten Ausnahmefällen auch länger.

Außerdem erhalten Patientinnen und Patienten Behandlungspflege, wie zum Beispiel Verbandswechsel, wenn dies zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Voraussetzung ist: Im Haushalt leben keine Personen, die die Patientin oder den Patienten im erforderlichen Umfang pflegen können. Andernfalls sind Pflegeleistungen Aufgabe der Pflegeversicherung.

Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht grundsätzlich nur im Haushalt der Versicherten. Um zukünftig insbesondere vorschnelle stationäre Einweisungen zu vermeiden, wird der Haushaltsbegriff erweitert und die häusliche Krankenpflege auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.

Die Verordnung von häuslicher Krankenpflege oder auch von Arzneimitteln bei Entlassung aus dem Krankenhaus muss bislang ein Vertragsarzt ausstellen.

Künftig wird dies auch der Krankenhausarzt tun dürfen, der als zuletzt Behandelnder die Situation des Patienten zumeist am besten einschätzen kann. Daher wird zur Vermeidung von Versorgungslücken und zur Sicherung des Behandlungserfolges künftig die Möglichkeit eröffnet, Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege zu verordnen und Arzneimittel mitzugeben. Der verantwortliche Krankenhausarzt hat den zuständigen Vertragsarzt darüber zu informieren.

Für die ambulanten Pflegedienste bedeutet diese Neuregelung eine wichtige Verwaltungsentlastung.

Integrierte Versorgung

Ein wesentliches Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die mangelhafte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren. Oft müssen Patientinnen und Patienten an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Rehabilitationsmaßnahmen die Koordination selbst in die Hand nehmen. Sie müssen den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen der richtige Ansprechpartner fehlt.

Angesichts der heutigen Herausforderungen – veränderte Altersstruktur, die Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung – müssen Abschottung und Abgrenzung zwischen den einzelnen Sektoren überwunden werden. Hinzu tritt die Notwendigkeit, mit begrenzten Mitteln das bestmögliche Ergebnis in der medizinischen Versorgung zu erzielen.

Genau das ist das Ziel der Integrierten Versorgung: Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie gegebenenfalls Apotheken koordiniert zusammenwirken.

Schon im Jahr 2000 ist die Integrierte Versorgung mit den Regelungen in § 140a ff. Fünftes Sozialgesetzbuch eingeführt worden. Allerdings konnte bereits vorher eine koordinierte Zusammenarbeit im Rahmen von Modellvorhaben, Strukturverträgen oder „dreiseitigen Verträgen“ (Verträgen zwischen Krankenkassenverbänden, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften) vereinbart werden.

Die Umsetzung solcher Kooperationsformen blieb jedoch begrenzt und beschränkte sich weitgehend auf die Bildung von Praxisnetzen.

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurden deshalb rechtliche Hemmnisse abgebaut und finanzielle Anreize gesetzt, um den Ausbau der Integrierten Versorgung zu fördern. So stehen seit 2004 jährlich bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausvergütungen als Anschubfinanzierung für Integrierte Versorgung zur Verfügung.

Die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen findet außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Eine Einflussnahme Dritter scheidet aus. Die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten liegt allein bei den Vertragspartnern. Krankenkassen können Verträge auch mit Trägern von Medizinischen Versorgungszentren abschließen sowie mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechnigte Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind (zum Beispiel Managementgesellschaften).

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird die Integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen weiterentwickelt. Erleichtert werden die Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Kosten- und Leistungsträgern im Zuge der neuen Vertragsfreiheiten der Krankenkassen.

Außerdem können die Krankenkassen zukünftig auch mit nichtärztlichen Heilberufen (zum Beispiel Ergo- oder Physiotherapeuten) Verträge zur Integrierten Versorgung vereinbaren.

Schließlich kann die Pflegeversicherung Partner der Integrierten Versorgung werden. Durch die Verzahnung der beiden Leistungssysteme von Kranken- und Pflegeversicherung wird eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtverantwortung angestoßen.

Erleichtert werden auch die Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die – im Rahmen der Integrierten Versorgung – hochspezialisierte Leistungen, Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen können.

Die finanzielle Förderung der Integrierten Versorgung wird fokussiert auf die bevölkerungsbezogene Flächendeckung. Darunter sind Versorgungsmodelle zu verstehen, bei denen in einer größeren Region (zum Beispiel mehrere Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (zum Beispiel Diabetes, Schlaganfall, Bandscheibenerkrankungen) vernetzt wird oder – auch in kleineren Regionen – die Behandlung des gesamten oder eines Großteils des Krankengeschehens im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt.

Für die Teilnahme an einem integrierten Versorgungsangebot müssen die Krankenkassen ihren Versicherten Tarife anbieten und können diese mit Zuzahlungsnachlässen oder Prämien verbinden.

Kinderhospize

Die Hospizarbeit verfolgt das Ziel, sterbenden Menschen ein würdiges und selbstbestimmtes Leben und Sterben bis zum Ende zu ermöglichen. Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden stehen im Zentrum des Handelns. Der Hospizbewegung liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde. Sie nimmt alle Dimensionen des Menschseins in den Blick: die physische, psychisch-emotionale und die spirituelle Ebene. Deshalb versteht die Hospizbewegung auch den Sterbeprozess als vollwertigen und wesentlichen Teil des menschlichen Lebens und wendet ihm ihre Aufmerksamkeit zu.

Die Leistungen des Kinderhospizes sind stärker als Hospizeinrichtungen für erwachsene Sterbende auf die Betreuung der Angehörigen, insbesondere der Geschwisterkinder ausgerichtet. Ein gravierender Unterschied besteht zudem in der Betreuungsdauer: Da das Kinderhospiz darauf ausgerichtet ist, den Patienten und seine Angehörigen vom Zeitpunkt der Diagnose an zu begleiten, dauert die Begleitungsphase eines einzelnen Betreuten entsprechend länger. Der Krankheitsverlauf eines schwerstkranken Kindes kann sich über mehrere Jahre hinziehen. Für die Arbeit des Kinderhospizes bedeutet dies, dass über einen längeren Zeitraum zumeist mehrfache Aufenthalte zur Entlastung und professionellen Unterstützung der Familien erfolgen.

Derzeit existieren in Deutschland sieben stationäre Kinderhospize, zwei weitere befinden sich in Planung.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) werden die Rahmenbedingungen für Kinderhospize verbessert.

Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von zehn Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.

⇒ Siehe Palliativversorgung

Kontrahierungszwang

Grundsätzlich herrscht in Deutschland Privatautonomie. Das heißt, ein Vertragspartner ist nicht verpflichtet, einen Vertrag mit jedem abzuschließen. So muss zum Beispiel ein Kaufhaus oder ein Gastwirt auch nicht jeden bedienen. Es gibt jedoch gesetzlich vorgeschriebene Ausnahmen. Der so genannte Kontrahierungszwang ist die gesetzlich auferlegte Pflicht zur Annahme eines Vertragsangebotes. Zum Beispiel müssen Verkehrsbetriebe grundsätzlich jedermann nach den Bedingungen des öffentlichen Tarifs befördern. Oder die Deutsche Post AG muss für jedermann Universaldienstleistungen im Bereich der Postdienste erbringen. Auch gesetzliche Krankenkassen unterliegen dem Kontrahierungszwang: Sie sind verpflichtet, alle diejenigen, die die Versicherungsbedingungen erfüllen, aufzunehmen, unabhängig von deren Alter, Gesundheitszustand oder ihrer finanziellen Leistungskraft.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erhalten alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall eine Rückkehrmöglichkeit in die jeweils letzte Versicherung, der sie angehört haben – sei es eine gesetzliche oder private Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung wird hierfür einen dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechenden Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten – ohne Risikozuschläge und ohne Leistungsausschlüsse. Die privaten Krankenversicherungen müssen daher künftig alle Menschen aufnehmen, die dort einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags für den Basistarif stellen.

Konvergenzklausel

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten für ihre Versicherten ab 1. Januar 2009 aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale und einen alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zuschlag. Das bisherige Verfahren des Risikostrukturausgleichs wird also durch den Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht: Durch die einheitliche Finanzierung aller Krankenkassen über den Gesundheitsfonds entfällt eine Differenzierung in Zahler- und Empfängerkassen.

Um unverhältnismäßige regionale Belastungssprünge zu vermeiden, wird eine Konvergenzklausel eingeführt: Die finanziellen Belastungen, die sich für die in einem Land tätigen Krankenkassen auf Grund der Verteilungskriterien des Gesundheitsfonds ergeben, sollen sich in Stufen von jeweils höchstens 100 Millionen Euro jährlich aufbauen. Übersteigt die Belastung der in einem Land tätigen Krankenkassen den im jeweiligen Jahr maßgeblichen Schwellenwert, werden die Zuweisungen aus dem Fonds so verändert, dass dieser Betrag genau erreicht wird: Die Belastung wird dadurch ausgeglichen, dass die Kassen dieses Landes aus dem Fonds entsprechend erhöhte Zuweisungen erhalten.

Für die Feststellung, ob die Belastung der in einem Land tätigen Krankenkasse den Schwellenwert übersteigt, ist das Bundesversicherungsamt (BVA) zuständig. Hat das BVA eine Überschreitung des Schwellenwertes festgestellt, wird dies zusätzlich durch ein wissenschaftliches Gutachten überprüft.

Stellt das BVA für ein Ausgleichsjahr keine Überschreitung des Schwellenwerts fest, endet die Konvergenzphase.

Kosten-Nutzen-Bewertung (bei Arzneimitteln)

Nicht jedes Arzneimittel, das teuer ist, ist auch gut. Neue Arzneimittel müssen sich deshalb künftig an ihrem Nutzen und an ihren Kosten messen lassen. Die begrenzten Mittel können nicht für fragwürdige Therapien oder Schein-Innovationen ausgegeben werden. Durch eine Kosten-Nutzen-Bewertung bleibt allen Patienten der unmittelbare Zugang zu neuen, besseren Arzneimitteln und zu wirksamen diagnostischen und therapeutischen Verfahren erhalten.

Bereits jetzt kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit beauftragen, den Nutzen von Arzneimitteln zu bewerten. Dieser Auftrag wird künftig zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert. Mit dieser Ausweitung wird eine Lücke geschlossen. Denn bisher konnte das IQWiG nur prüfen, ob ein Arzneimittel einen therapie-beziehungsweise patientenrelevanten Zusatznutzen hat. Die Frage, welche Mehrkosten durch diesen Zusatznutzen begründbar sind, blieb jedoch unbeantwortet.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln soll die Belange der Patienten, aber auch die der Krankenkassen angemessen berücksichtigen. Beim Patientennutzen steht insbesondere die Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer im Vordergrund. Bei der wirtschaftlichen Bewertung sollen neben dem Patientennutzen auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt werden.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das IQWiG hat keine unmittelbare Wirksamkeit für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es bleibt Aufgabe der zuständigen Einrichtungen der Selbstverwaltung, über eine konkrete Umsetzung zu entscheiden.

Eine Kosten-Nutzen-Bewertung kann zum Beispiel Grundlage für die Festsetzung eines Höchstbetrages für Arzneimittel sein, die nicht der Festbetragsregelung unterliegen.

Der G-BA hat auch die Möglichkeit, eine Kosten-Nutzen-Bewertung als Grundlage für Beschlüsse über Verordnungseinschränkungen oder -ausschlüsse zu nutzen oder auf Basis der Kosten-Nutzen-Bewertung Therapiehinweise zu geben.

Krankenkassenfusionen

Die Zersplitterung der Kassenlandschaft ist vor allem historisch begründet und auch nur unter Bezugnahme auf die Entstehung der gesetzlichen Krankenversicherung vor über 100 Jahren zu erklären. Den veränderten Anforderungen an Wettbewerb und Effizienz wird die heutige Kassenlandschaft nicht mehr gerecht. Zwar hat sich die Zahl der Krankenkassen bereits auf Grund der durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Fusionserleichterungen von 1.209 im Jahre 1991 auf 252 im Juli 2006 verringert. Dennoch gibt es auch mehr als zehn Jahre nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes noch eine Vielzahl kleiner und sehr kleiner Krankenkassen.

Die in den letzten Jahren vorgenommenen Aufgabenübertragungen auf die Krankenkassen haben jedoch die Anforderungen an die Organisation der Versorgung ihrer Versicherten (zum Beispiel Aufbau von Integrierter Versorgung oder von Hausarztmodellen) erheblich erhöht. Kleine Krankenkassen sind nur beschränkt in der Lage, diesen erhöhten Anforderungen in wirtschaftlicher Weise gerecht zu werden. Daher ist es wünschenswert, dass sich die Krankenkassen zu größeren Einheiten zusammenschließen, die auf Dauer wettbewerbs- und leistungsfähig sind.

Um die bisher noch ungenutzten Potenziale für Kassenzusammenschlüsse zu nutzen, ist mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ab 1. April 2007 auch eine Vereinigung von Krankenkassen über die Grenzen der Kassenarten hinweg möglich. Denn warum soll sich zum Beispiel eine Innungskrankenkasse nicht mit einer Betriebskrankenkasse zusammenschließen?

Wenn sich solche Veränderungen geordnet und nach festen Regeln vollziehen – und das wird sichergestellt – wird es am Ende vor allem einen Gewinner geben: die Versicherten, die Patientinnen und Patienten.

Die Vereinigung erfolgt durch Beschluss der Verwaltungsräte der beteiligten Krankenkassen und unter der Voraussetzung, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden sie genehmigen.

In dem Antrag auf Genehmigung der Vereinigung haben die an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen festzulegen, welchem der bisher für diese Krankenkassen zuständigen Verband die neue Krankenkasse angehören soll. Nicht gewählt werden kann damit ein Verband, dem keine der an der Vereinigung beteiligten Krankenkassen angehört hat. Mit der Verbandszugehörigkeit wird zugleich festgelegt, welcher Kassenart die neue Krankenkasse angehört und welche organisationsrechtlichen Regelungen auf die Krankenkasse Anwendung finden. Diese Regelung gilt bis zur Gründung des einheitlichen Spitzenverbandes („Spitzenverband Bund der Krankenkassen“).

Die Erweiterung der Vereinigungsmöglichkeiten gilt nicht für die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, da in ihrem Rahmen die Krankenversicherung nicht von einer selbständigen Krankenkasse durchgeführt wird, und auch nicht für das Sondersystem der landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Sollte der Verwaltungsrat der neuen vereinigten Krankenkasse einen Beitragsatz beschließen, der über dem vor der Vereinigung erhobenen Beitragssatz liegt, können die betroffenen Mitglieder von ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch machen und ihre Mitgliedschaft innerhalb von zwei Monaten kündigen.

Krankenversicherungsschutz

Gesetzlich krankenversicherte Personen haben Anspruch auf eine umfassende medizinische Versorgung und zwar unabhängig von ihrem Einkommen und ihrem Alter. Der Gesetzgeber hat die grundsätzlichen Leistungsansprüche festgeschrieben:

- Leistungen, die der Vermeidung und Linderung von Krankheiten dienen sowie Leistungen zur Empfängnisverhütung und zum Schwangerschaftsabbruch
- Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen zur Behandlung von Krankheiten

Gesetzlich Krankenversicherte haben darüber hinaus Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (Mutterschaftsgeld) sowie auf Krankengeld.

Krankenversicherungsschutz genießen alle Pflichtmitglieder und freiwilligen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie im Rahmen der beitragsfreien Mitversicherung (Familienversicherung) auch deren Ehepartner und Kinder.

In Deutschland besteht für die nachfolgend aufgeführten Personengruppen grundsätzlich Versicherungspflicht: Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze und bis zur maßgeblichen Versicherungspflichtgrenze, Auszubildende, Praktikanten, Rentner, Studenten, selbständige Landwirte, Künstler, bestimmte behinderte Menschen und Bezieher von Entgeltersatzleistungen (zum Beispiel Arbeitslosengeld). Sie müssen sich bei Vorliegen weiterer Voraussetzungen bei einer der gesetzlichen Krankenkassen versichern.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird sichergestellt, dass künftig alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland einen umfassenden Gesundheitsschutz haben. Wer den Versicherungsschutz verloren hat, erhält ein Rückkehrrecht in seine letzte Versicherung. Dies gilt gleichermaßen für die gesetzliche wie für die private Krankenversicherung.

In der gesetzlichen Krankenversicherung sind folgende Regelungen vorgesehen, die zum 1. April 2007 in Kraft treten sollen:

- Alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung haben und die zuletzt gesetzlich krankenversichert waren, werden in die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Dies betrifft auch Auslandsrückkehrer, die früher einmal in Deutschland gesetzlich versichert waren, oder die dem Bereich der GKV deshalb zuzurechnen sind, weil sie zum Beispiel als Arbeitnehmer tätig waren.
- Anwartschaftsversicherung: Die Möglichkeit, Anwartschaften zu bilden, war bislang nur auf freiwillig gesetzlich Versicherte beschränkt, die während eines berufsbedingten Auslandsaufenthalts keinen Anspruch auf Leistungen hatten. Künftig wird diese Möglichkeit ausgeweitet auf andere vergleichbare Personengruppen wie Rentner, Studenten, die einen Teil ihres Studiums in Ländern verbringen, mit denen kein Sozialversicherungsabkommen besteht, Strafgefangene und Zivildienstleistende. Das erleichtert den genannten Personengruppen die spätere Rückkehr in eine gesetzliche Krankenversicherung. Eine vergleichbare Anwartschaftsversicherung ist auch für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung vorgesehen.

In der privaten Krankenversicherung gilt künftig Folgendes:

- Alle Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die vormals in der PKV versichert waren oder der PKV systematisch zuzuordnen sind, erhalten das Recht, sich in einem neuen Basistarif der PKV zu versichern. Gleiches gilt für alle bereits in der PKV Versicherten sowie für freiwillig in der GKV Versicherte. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen müssen diesen Basistarif ab 1. Januar 2008 anbieten. Er ersetzt den bisherigen Standardtarif der privaten Krankenversicherung. Die Leistungen dieses Tarifs müssen dem Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen. Die privaten Krankenversicherungen dürfen niemanden zurückweisen, der sich im Basistarif versichern will. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind nicht erlaubt.

Um die Bezahlbarkeit des Basistarifs zu gewährleisten, darf dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht überschreiten. Der durchschnittliche Höchstbeitrag in der GKV beträgt derzeit rund 500 Euro. Sind Ehegatten oder Lebenspartner auch im Basistarif, darf die Prämie für beide Partner insgesamt nicht mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung betragen.

Würde die Bezahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne von SGB II (Grundsicherung für Arbeit Suchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) auslösen, stellen weitere gesetzliche Regelungen sicher, dass die Betroffenen nicht finanziell überfordert werden.

- Die Verpflichtung (Kontrahierungszwang) der privaten Krankenversicherung, freiwillig Versicherte der GKV in den Basistarif aufzunehmen, gilt für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifs beziehungsweise für einen Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Wechselmöglichkeit (Bei Arbeitnehmern bedeutet das: Das Einkommen lag drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze). Hierdurch sollen Versicherungsunternehmen und Privatversicherte davor geschützt werden, dass Personen im Status der Nichtversicherung bis zum Eintritt einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes verbleiben, um dann in den Basistarif einzutreten.
- Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall, die ehemals privat versichert waren oder der PKV aufgrund ihres beruflichen Status zuzuordnen sind, müssen bei der Wahl des Basistarifs keine Frist beachten.

Fehlt eine frühere Krankenversicherung, werden die Einwohner in dem Krankenversicherungssystem versichert, dem sie zuzuordnen sind. Dies ist zum Beispiel für Selbständige und Beamte die private Krankenversicherung, für Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung.

Leistungskatalog

Unter dem Begriff Leistungskatalog versteht man im allgemeinen Sprachgebrauch den Gesamtumfang aller Leistungen, die durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erbracht werden. Einen wirklichen „Katalog“ im Sinne einer Liste gibt es nicht. Der Leistungskatalog ist im Sozialgesetzbuch V (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben: Im Gesetz steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung hat. Hierzu zählt insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Es ist Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), diese Rahmenvorgaben zu konkretisieren. Er erlässt hierzu in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Krankenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird der Leistungskatalog der GKV dort, wo es notwendig ist, ausgebaut.

So haben Versicherte künftig Anspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Geriatrische Rehabilitationsleistungen, von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Schutzimpfungen und Mutter-/Vater-Kind-Kuren werden zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Häusliche Krankenpflege wird künftig auch in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen sowie in besonderen Ausnahmefällen in Heimen als Leistung gewährt.

Eine Einschränkung des Leistungsumfangs wird es künftig für die Behandlung von Folgeerkrankungen aufgrund nicht notwendiger medizinischer Eingriffe geben – zum Beispiel bei Komplikationen in Folge von Schönheitsoperationen oder Piercing.

Missbrauch (der Krankenversichertenkarte)

Ein nicht unerheblicher Schaden entsteht den gesetzlichen Krankenkassen durch die missbräuchliche Verwendung der Krankenversichertenkarte – beispielsweise durch unkontrollierte Mehrfachinanspruchnahme ärztlicher Leistungen („Doktor-Hopping“) oder durch die Nutzung der Karte durch mehrere Personen („Chipkartentourismus“, „Chipkartenhandel“).

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) werden die Kassen deshalb verpflichtet, ergänzend zu den bereits bestehenden Regelungen, wie zum Beispiel der Regelung zum Lichtbild, einer missbräuchlichen Verwendung der Karte durch weitere geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.

So können die Krankenkassen durch eine möglichst tagesaktuelle Bereitstellung von Informationen zur Karte (beispielsweise Verlustmeldung, Beendigung des Versicherungsschutzes, Änderungen beim Zuzahlungsstatus) in einem Versichertenstammdatendienst wesentlich dazu beitragen, dass die Aktualität der Karte bei der Inanspruchnahme von Leistungen überprüft werden kann.

Palliativversorgung

Patientinnen und Patienten, die an einer nicht heilbaren Erkrankung leiden, sind oftmals Schmerzen und anderen Begleitscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen, Atemnot oder Verwirrtheit ausgesetzt. Die Lebensqualität dieser Menschen kann außerdem durch psychische, soziale und spirituelle Sorgen beeinträchtigt werden.

Viele Patientinnen und Patienten wünschen, in der häuslichen, zumindest aber in gewohnter Umgebung zu sterben. Sie möchten nicht allein gelassen werden und nicht unter Schmerzen leiden müssen. Es ist ein anerkanntes gesellschaftliches Ziel, diesen Wünschen nachzukommen, den schwer kranken Patientinnen und Patienten einen würdigen Lebensraum zu schaffen und ihre Bedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen.

Hierzu leisten die Konzepte und Erfahrungen der Hospizbewegung (Hospice Care) sowie der Palliativmedizin und Palliativpflege (Palliative Care) einen wesentlichen Beitrag. Die Hospizbewegung will mit ihren ambulanten und stationären Angeboten die Sterbephase aus den Krankenhäusern heraus in das häusliche beziehungsweise in ein vergleichbares Umfeld zurückholen. Daran anknüpfend ist die Palliativmedizin ein vom Respekt vor der Würde und Selbstbestimmung des Sterbenden geprägter multidisziplinärer Behandlungs- und Betreuungsansatz, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, Leid zu lindern und eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tod zu gewährleisten.

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung erhalten die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung künftig einen eigenständigen Anspruch auf eine „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“.

Hierbei handelt es sich um ärztliche und pflegerische Leistungen, die von so genannten Palliative Care Teams erbracht werden – bei Bedarf rund um die Uhr. Diese Leistungen sind primär medizinisch ausgerichtet und umfassen die Befreiung von Schmerzen und die Linderung anderer belastender Symptome wie Luftnot, Übelkeit oder Erbrechen.

Darüber hinausgehende Begleitleistungen (zum Beispiel Sterbebegleitung und Begleitung der Angehörigen) gehören nicht zum Leistungsanspruch und sind weiterhin ergänzend, beispielsweise von ambulanten Hospizdiensten, zu erbringen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soll Versicherten ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden. Der neue Leistungsanspruch steht Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung zu, die einen besonderen Versorgungsbedarf (zum Beispiel aufgrund einer besonderen Schwere und Häufung unterschiedlicher Symptome) aufweisen und dennoch ambulant versorgt werden könnten. Die übrigen Palliativpatienten werden weiterhin in den bestehenden Strukturen, insbesondere durch Vertragsärzte, Pflegedienste und stationäre Einrichtungen, palliativmedizinisch versorgt.

Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch einen Arzt und die Genehmigung durch die Krankenkassen. Die Leistung kann nicht nur von Ärzten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, verordnet werden, sondern auch von entsprechend qualifizierten Krankenhausärzten. Damit wird gewährleistet, dass die ambulante Palliativversorgung ohne zeitlichen Verzug im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erbracht werden kann.

Der verordnende Arzt ist verpflichtet, dem behandelnden Palliative Care Team alle notwendigen Informationen über die bisherige Behandlung zu übermitteln.

Die nähere Konkretisierung des Leistungsinhalts der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der die Richtlinien festsetzt.

In den Richtlinien wird auch die Zusammenarbeit der Palliative Care Teams mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten geregelt, sofern Hospizdienste an der Betreuung der Versicherten beteiligt sind. Die Richtlinien beinhalten schließlich auch Regelungen über die notwendige fachliche Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten, den Leistungserbringern und den Palliative Care Teams.

Verbessert werden auch die Rahmenbedingungen für Kinderhospize. Müssen die Einrichtungen bislang einen Kostenanteil von 10 Prozent selbst tragen (durch Spenden und ehrenamtliches Engagement), wird sich dieser Anteil künftig auf fünf Prozent verringern.

Portabilität der Alterungsrückstellungen (in der privaten Krankenversicherung)

Um die Wahl- und Wechselmöglichkeiten der PKV-Versicherten zu verstärken und den Wettbewerb innerhalb der privaten Krankenversicherung (PKV) zu intensivieren, wird mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die Portabilität der Alterungsrückstellungen eingeführt.

Bislang beschränkte sich der Wettbewerb der privaten Versicherungsunternehmen im Wesentlichen auf die Neuanwerbung von jungen (gesunden) Versicherten, während für ältere Versicherte ein Versicherungswechsel häufig mit erheblichen Prämienerrhöhungen verbunden war. Der Grund: Bei einem Wechsel konnte die so genannte Alterungsrückstellung – das ist der Betrag, den das Versicherungsunternehmen zur Glättung des (sonst höheren) Beitrags im Alter aus den Prämien der Versicherten anspart – nicht zum neuen Versicherungsunternehmen mitgenommen werden. Wechsler mussten also ihre Alterungsrückstellung wieder völlig neu aufbauen, was ihre Beiträge für die neue Versicherung erheblich verteuert hat. Faktisch war der Wechsel damit für langjährig PKV-Versicherte unmöglich.

Eine praktikable Lösung für die Portabilität der Alterungsrückstellungen beim Wechsel von einem privaten Versicherungsunternehmen zu einem anderen stellt folgende Anforderungen an die Versicherungstarife:

- Einheitliche Leistungsbeschreibungen, für die eine Mitgabe der Alterungsrückstellungen möglich sein soll,
- Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen,
- Risikoausgleich zwischen den Unternehmen.

Diese Voraussetzungen erfüllt der neue Basistarif in der PKV, weshalb für diesen Tarif die Portabilität in vollem Umfang eingeführt wird.

Künftig kann damit ein PKV-Versicherter seine Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs beim Wechsel in ein anderes privates Unternehmen mitnehmen.

Er wird dann im neuen Unternehmen so gestellt, als ob er dort in dem Alter eingetreten wäre, in dem er den ursprünglichen Versicherungsvertrag im alten Unternehmen abgeschlossen hat. Für Tarife, die im Leistungsumfang über den Basistarif hinausgehen, die also Leistungen beinhalten, die zum Beispiel auch in Zusatzversicherungen zur GKV enthalten sind, wird die Portabilität nur in Höhe des Basistarifs eingeführt.

Für alle Personen, die heute schon in der privaten Krankenversicherung versichert sind, gilt eine Übergangsfrist: Für einen Zeitraum von fünf Jahren können die Alterungsrückstellungen nur eingeschränkt mitgenommen werden. Während dieser Übergangsfrist wird als Eintrittsalter mindestens das Alter 40 angesetzt. Das bedeutet:

- Versicherte, die jünger sind als 40 Jahre, können ihre Alterungsrückstellungen nur zum Teil mitnehmen. Dieser Teil ist auf den gesetzlichen 10-prozentigen Beitragszuschlag begrenzt.
- Für Versicherte ab 40 Jahren werden nur die ab diesem Alter angesparten Alterungsrückstellungen übertragen.

Prämienauszahlung

Krankenkassen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gut gewirtschaftet haben, können ihren Versicherten eine Prämie auszahlen.

⇒ Siehe Zusatzbeitrag

Preis- und Vertragswettbewerb (bei Heil- und Hilfsmitteln)

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) werden die Vorschriften zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln weiterentwickelt, um somit insbesondere den Preis- und Qualitätswettbewerb zu fördern.

Der Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der **Heilmittelversorgung** wird durch eine weitere Flexibilisierung des Vertragsgeschehens gestärkt: Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln, über die Preise, deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer. Die Krankenkassen können dadurch genauer auf den Versorgungsbedarf ihrer Versicherten eingehen und werden stärker darum konkurrieren, ihren Versicherten eine hohe Qualität zu möglichst günstigen Preisen anzubieten. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise. Für den Fall, dass die Fortbildung gegenüber dem jeweiligen Vertragspartner nicht nachgewiesen wird, können in den Verträgen Vergütungsabschläge vorgesehen werden.

Auch die Neuregelungen zur **Hilfsmittelversorgung** fördern einen verstärkten Vertrags- und Preiswettbewerb bei gleichzeitiger Erhaltung der Versorgungsqualität. Den Krankenkassen werden erweiterte vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten eingeräumt. Insbesondere durch Ausschreibungen können Einsparungen bei den Leistungsausgaben in relevanter Größenordnung erreicht werden.

Zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung sollen die Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften über öffentliche Ausschreibungen Verträge mit Leistungserbringern über die Lieferung einer bestimmten Menge von Hilfsmitteln, die Durchführung einer bestimmten Anzahl von Versorgungen oder die Versorgung für einen bestimmten Zeitraum schließen.

Dabei sind die festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte zu beachten.

Soweit Festbeträge festgesetzt sind, bilden diese die Obergrenze für alle vertraglich zu vereinbarenden Preise. Die weiterentwickelten Vorschriften zur Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel sollen die Wirksamkeit dieses Instruments weiter verbessern und die Qualität der Versorgung sichern.

Künftig erfolgt die Versorgung der Versicherten nur noch durch Vertragspartner der Krankenkassen. Vertragspartner der Krankenkassen können nur Leistungserbringer sein, die die Voraussetzungen für eine ausreichende, zweckmäßige und funktionsgerechte Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel erfüllen. Die Krankenkassen stellen sicher, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse oder versorgungsberechtigt sind. Hat die Krankenkasse Verträge über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Versicherte können ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen.

Professionalisierung

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen, die dem Bürokratieabbau und der Vereinfachung von Entscheidungsprozessen im Gesundheitssystem dienen.

So ist vorgesehen, die Verfahren zur Erarbeitung einer neuen Vergütungsordnung für Vertragsärzte zu professionalisieren. Die bisherige Erfahrung mit der Umsetzung der Vergütungsreform durch die dafür zuständige Selbstverwaltung hat gezeigt, dass die geltenden Entscheidungsverfahren für derart komplexe und konfliktbeladene Beschlüsse nicht geeignet sind, da die sachgerechten Erwägungen von Interessenskonflikten – insbesondere zwischen den Ärzten und Krankenkassen – überlagert werden, die Verfahren intransparent sind und die Akzeptanz der Beschlüsse bei den Betroffenen gering ist. Daher wird mit dem GKV-WSG die Einrichtung eines neutralen Instituts geregelt, welches das für die Vergütungsreform zuständige Entscheidungsgremium, den Bewertungsausschuss, bei sämtlichen Aufgaben unterstützt. Ein entsprechendes Modell wurde im Krankenhausbereich bei der Einführung des Fallpauschalensystems bereits erfolgreich praktiziert.

Professionalisierung erfährt auch das Gremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A). Das höchste Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – es entscheidet über die Aufnahme medizinischer Therapien in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen – wird durch eine straffere Organisation und die Einführung hauptamtlicher Entscheider künftig schnellere Entscheidungen treffen.

Darüber hinaus wird eine Möglichkeit insbesondere zur Beschleunigung von Bewertungsverfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt: Kommt in diesen Verfahren nach einer angemessenen Fristsetzung keine Entscheidung zu Stande, darf die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen oder vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Schließlich bedeutet auch die Straffung der Verbandsstrukturen der gesetzlichen Krankenkassen (Auflösung der sieben Krankenkassenverbände und Bildung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) eine Professionalisierung der Strukturen und der Entscheidungsverfahren im Gesundheitswesen.

Rehabilitation

Die gesundheitliche Versorgung gliedert sich gegenwärtig in drei wesentliche Bereiche: Die Primärversorgung (ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), die Akutversorgung (stationäre Versorgung im Krankenhaus) und die Rehabilitation.

Ob nach einem Schlaganfall oder nach einem Herzinfarkt, nach einer Tumorentfernung oder einer Hüftoperation - es gibt eine Reihe medizinischer Eingriffe, die eine systematische und umfassende Rehabilitation erfordern. Ihr Ziel ist es, die Patientin oder den Patienten bei der Wiedererlangung oder dem Erhalt körperlicher, beruflicher oder sozialer Fähigkeiten zu unterstützen. Rehabilitation hat aber auch zum Ziel, Beeinträchtigungen und Einschränkungen abzuwenden, die sich als bleibende Folge von chronischen Erkrankungen oder Unfällen einstellen.

Man unterscheidet drei Rehabilitationsleistungen:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit dem Ziel, möglichen Behinderungen oder möglicher Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie zu beseitigen oder Verschlimmerungen zu verhüten.
2. Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, die eine Eingliederung der Patientin oder des Patienten in das Arbeitsleben fördern.
3. Leistungen zur sozialen Rehabilitation, welche die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft fördern. Sie zielen auf die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen und der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten.

Rehabilitationsleistungen sind in Deutschland Aufgabe der verschiedenen Sozialversicherungsträger, das heißt der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Neben der Behandlung durch den niedergelassenen Arzt und der Behandlung im Krankenhaus ist die Rehabilitation ein fester Bestandteil der Behandlungskette. Für viele Erkrankungen gewährleistet nur die enge Verzahnung dieser Kette eine optimale Versorgung.

Rehabilitation hat nicht nur zum Ziel, die körperliche, berufliche und soziale Leistungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhalten oder zu fördern; sie fördert auch die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Krankheits- und Lebensbewältigung.

Die Patientinnen und Patienten lernen, sich so zu verhalten, dass weitere akute Krankheitszustände nach Möglichkeit nicht auftreten und chronische Störungen in ihren Auswirkungen so gut wie möglich begrenzt oder beherrscht werden können.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sieht im Bereich der Rehabilitation entscheidende Verbesserungen vor. So enthält die Reform gezielte Maßnahmen zur Lösung von Schnittstellenproblemen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege (zum Beispiel unnötige Wartezeiten oder Pausen in der Behandlungsabfolge). Ziel ist eine bessere Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche. Dabei ist es ein besonderes Anliegen, dass ältere Menschen nicht zu früh in die Pflege „abgeschoben“ werden, sondern mithilfe der geriatrischen Rehabilitation so lange wie möglich aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Zudem werden mit dem GKV-WSG die Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich der Qualität ihrer Leistungen zertifiziert. Eine Stärkung erfährt auch die Rolle der Versicherten: Sie können künftig Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die zugelassen und zertifiziert sind, eigenständig auswählen.

Risikostrukturausgleich

Die Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen konnten in der Vergangenheit nicht uneingeschränkt wählen, bei welcher Krankenkasse sie sich versichern wollten. Bis 1996 gab es nur für Angestellte oder bestimmte Berufsgruppen die Möglichkeit der Kassenwahl. Arbeiter und Rentner waren bestimmten Krankenkassen kraft Gesetzes zugewiesen. Es entstand so eine ungleiche Verteilung von gut verdienenden und einkommensschwachen, gesunden und kranken Beitragszahlern. Einzelne Krankenkassen hatten bei niedrigen Einnahmen hohe Ausgaben für Leistungen und umgekehrt, was zu sehr unterschiedlichen Beitragssätzen führte. Ab 1996 wurde grundsätzlich allen gesetzlich Versicherten die Wahl ihrer Krankenkasse freigestellt (Beschluss des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992), um für mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu sorgen.

Voraussetzung für die Ausweitung des Kassenwahlrechts war der Abbau von Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde deshalb mit Wirkung zum 1. Januar 1994 in der gesetzlichen Krankenversicherung auch der so genannte Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt.

Über den RSA werden die finanziellen Auswirkungen der von den Krankenkassen nicht beeinflussbaren Unterschiede ausgeglichen. Diese Unterschiede liegen in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (Grundlöhne), in der Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen, im Geschlecht und im Alter der Versicherten.

Im Gegensatz zu früheren Finanzausgleichen werden im RSA nicht die tatsächlich entstandenen Ausgaben einer Krankenkasse, sondern standardisierte, das heißt am Ausgabendurchschnitt aller Krankenkassen orientierte Leistungsausgaben (ohne Verwaltungskosten) berücksichtigt.

Dieses Verfahren gewährleistet, dass Ausgabenunterschiede zwischen den Krankenkassen, die nicht auf die unterschiedliche, im Ausgleich berücksichtigte Risikobelastung der Krankenkassen zurückzuführen sind, ausschließlich aus den Beitragseinnahmen der Krankenkassen finanziert werden.

Auf der Grundlage der Reform des RSA von 2001 (RSA-Reformgesetz) werden Krankenkassen, die ihren Versicherten strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) für ausgewählte chronische Krankheiten anbieten, über den RSA gefördert. Voraussetzung: Die Programme müssen besonders hohen Qualitätsanforderungen entsprechen. Damit sind die Krankenkassen auch in einen Wettbewerb um eine gezielte Verbesserung der Versorgung ihrer chronisch kranken Versicherten getreten.

Seit dem 1. Januar 2002 werden außerdem im Rahmen eines Risikopools überdurchschnittlich hohe Aufwendungen der Krankenkassen für ihre Versicherten teilweise ausgeglichen. Berücksichtigt werden die Ausgaben für stationäre Versorgung, Arzneimittelversorgung, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse sowie das Krankengeld. Sofern die Aufwendungen für einen Versicherten im Jahr einen bestimmten Schwellenwert überschreiten, trägt die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten 60 Prozent des den Schwellenwert übersteigenden Betrags. Wettbewerbsnachteile für Krankenkassen, die eine Vielzahl überdurchschnittlich kostenintensiver Versicherter zu betreuen haben, werden dadurch abgebaut.

Dennoch wird über die bisher im RSA berücksichtigten Merkmale der Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf der Versicherten nur unzureichend erfasst. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird deshalb das bisherige Verfahren des RSA ab dem 1. Januar 2009 zielgerichteter ausgestaltet und darüber hinaus durch die gleichzeitige Einführung des Gesundheitsfonds wesentlich vereinfacht.

Mit Einführung des Gesundheitsfonds zahlen alle Beitragszahler den gleichen Beitragssatz. Damit gelten – wie in der gesetzlichen Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung schon heute – einheitliche Beitragssätze auch in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch die einheitliche Finanzierung aller Krankenkassen über den Gesundheitsfonds entfällt künftig eine Differenzierung in Zahler- und Empfängerkassen.

Zur Versorgung ihrer Versicherten erhält eine Krankenkasse für jeden von ihnen aus dem Gesundheitsfonds eine Grundpauschale sowie Zu- und Abschläge zum Ausgleich des nach Alter, Geschlecht und Krankheit unterschiedlichen Versorgungsbedarfs. Die zwischen den Krankenkassen unterschiedlich verteilte Krankheitsbelastung ihrer Versicherten wird hierüber gezielt ausgeglichen. Dazu werden für 50 bis 80 schwerwiegende und kostenintensive chronische Krankheiten Morbiditätszuschläge ermittelt, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen.

Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter haben daher künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr.

Neben den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zur Deckung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten werden den Krankenkassen künftig auch Mittel für die Deckung durchschnittlicher Verwaltungsausgaben und durchschnittlicher Ausgaben für Satzungs- und Ermessensleistungen zur Verfügung gestellt. Hierdurch wird die unterschiedliche Finanzkraft der Kassen zu 100 Prozent ausgeglichen. Damit haben Krankenkassen, deren Mitglieder über überdurchschnittlich hohe beitragspflichtige Einnahmen verfügen, hieraus künftig keine Vorteile mehr im Wettbewerb. Dies ist Ausdruck der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft aller Versicherten.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen

Ein wesentliches Ziel des GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes (GKV-WSG) ist der Abbau unnötiger Bürokratie im Gesundheitswesen. Daher werden die Verbandsstrukturen der Krankenkassen gestrafft. Ein einheitlicher Spitzenverband – der „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ – wird die bestehenden sieben Krankenkassenverbände ablösen. Er wird die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Bundesebene vertreten und die Rahmenbedingungen für einen intensiveren Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung regeln. Die vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für die Mitglieder des Spitzenverbandes, die Landesverbände der Krankenkassen und für die Versicherten.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unterstützt die Krankenkassen und ihre Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen. So hilft er beispielsweise künftig bei der Entwicklung und Standardisierung des elektronischen Datenaustausches innerhalb der GKV.

Eine besondere Rolle kommt dem Spitzenverband beim Beitragseinzug für den Gesundheitsfonds zu: Bis zum 31. Dezember 2010 bleibt die bisherige Struktur des Beitragseinzuges erhalten. Ab dem 1. Januar 2011 haben Arbeitgeber jedoch die Möglichkeit, ihre Beiträge, Beitragsnachweise und Meldungen gebündelt an eine Weiterleitungsstelle zu entrichten. Diese leitet die Beiträge dann an alle Sozialversicherungsträger weiter.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gibt Empfehlungen zur Benennung und Verteilung der beauftragten Stellen (Weiterleitungsstellen) und sichert so eine bundeseinheitliche Einzugspraxis.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und untersteht der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

Der Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen besteht aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der See-Krankenkasse, der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen.

Steuerzuschüsse (zur Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben)

Die teilweise Finanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben – insbesondere der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern – über Steuermittel wird mit dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetzes (GKV-WSG) fortgeführt und ausgebaut. Damit wird die gesetzliche Krankenversicherung auf eine langfristig stabilere, gerechtere und beschäftigungsfördernde Basis gestellt. Gleichzeitig gelingt es, in der gesetzlichen Krankenversicherung gesamtgesellschaftliche Solidarität zu verwirklichen.

Im Haushaltsjahr 2008 wird ein Zuschuss aus Haushaltsmitteln in Höhe von 1,5 Milliarden Euro über das Bundesversicherungsamt (BVA) an die Krankenkassen gezahlt. Im Jahr 2009 wird ein Bundeszuschuss in Höhe von 3 Milliarden Euro aus Haushaltsmitteln in den Gesundheitsfonds fließen. Der Bundeszuschuss wird in den Folgejahren weiter ansteigen.

Überforderungsklausel

Krankenkassen dürfen von ihren Versicherten höchstens ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen an Zusatzbeitrag erheben.

⇒ Siehe **Zusatzbeitrag**

Vertragsfreiheit (der Krankenkassen)

Bereits mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 und dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, über die kollektivvertraglichen Regelungen hinaus mit einzelnen Ärzten oder anderen Leistungserbringern Direktverträge abzuschließen. So können die Vertragspartner flexibel auf die Erfordernisse eingehen, die bei besonderen Versorgungsformen oder auch bei der Behandlung bestimmter Krankheiten bestehen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird die Vertragsfreiheit für Krankenkassen gestärkt und ausgeweitet. Künftig können Krankenkassen in erweitertem Umfang mit Ärzten besondere Vereinbarungen treffen, die von der kollektivvertraglichen Versorgung abweichen oder darüber hinausgehen. Die Kassen haben die Möglichkeit, solche Verträge allein oder in Kooperation mit anderen Kassen auszuhandeln. Ärzte können einzeln oder als Gruppe Vertragspartner sein. Vertragspartner können auch Managementgesellschaften sein, wie es im Rahmen der Integrierten Versorgung bereits jetzt möglich ist. Einzelverträge dürfen die hausarztzentrierte Versorgung, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung sowie auch einzelne Bereiche der ambulanten Versorgung (besondere Versorgungsaufträge) umfassen.

Die Integrierte Versorgung als Instrument zur besseren Verzahnung zwischen verschiedenen Leistungsbereichen und unterschiedlichen Heilberufen wird fortgeführt und insbesondere im Hinblick auf eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ausgebaut.

Hierzu wird die Anschubfinanzierung, mit der die Projekte der Integrierten Versorgung aus den Budgets der niedergelassen und der stationären Versorgung gefördert werden, verlängert.

Die Krankenkassen können künftig auch mit nichtärztlichen Heilberufen (zum Beispiel Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten) Verträge zur Integrierten Versorgung aushandeln und zudem die Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung einbinden.

Die Einbindung der Pflegeversicherung dient der besseren Verzahnung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und eröffnet ein weites Aktionsfeld zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Gesamtversorgung.

Erleichtert werden auch die Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, die – im Rahmen der Integrierten Versorgung – hochspezialisierte Leistungen, Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen können.

Volle Vertragsfreiheit erhalten die Krankenkassen schließlich auch für Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken. So kann eine Kasse beispielsweise mit einem pharmazeutischen Unternehmer für dessen Abgabepreis einen Preisnachlass vereinbaren. Davon profitieren auch die Patientinnen und Patienten: Die Zuzahlung für diese Arzneimittel kann um die Hälfte reduziert werden oder ganz entfallen.

Wahltarife

Die Versicherten profitieren künftig von einem umfassenden Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Die Krankenkassen werden professioneller, flexibler und kundenorientierter arbeiten und ihren Versicherten überall höchste Qualität zum günstigen Preis und gute Dienstleistungen anbieten.

Im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten Wahltarife anzubieten. Für die Versicherten bedeutet das: mehr Wahlmöglichkeiten und bessere Vergleichbarkeit der Angebote.

Hausarzttarif: Alle gesetzlichen Krankenkassen müssen ihren Versicherten künftig spezielle Hausarzttarife anbieten, das heißt: Wer sich in ein Hausarztmodell einschreibt und im Krankheitsfall immer zuerst zum Hausarzt geht, wird von Zuzahlungen oder Praxisgebühren befreit oder bekommt andere Boni. Die Teilnahme an den Hausarztmodellen ist für Versicherte und Ärzte freiwillig.

Jeder Versicherte kann künftig mit seiner Kasse einen **Selbstbehalttarif** vereinbaren: Die Krankenkasse gewährt einen günstigeren Tarif, im Gegenzug verpflichtet sich der Versicherte, bei Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen einen bestimmten Betrag aus eigener Tasche zu zahlen.

Der **Kostenerstattungstarif** richtet sich an gesetzlich Versicherte, die Leistungen wie Privatversicherte in Anspruch nehmen möchten: Bei Inanspruchnahme erhält der Versicherte eine Rechnung, die er zunächst einmal selbst bezahlt.

Die Leistungen, die der Arzt oder das Krankenhaus in Rechnung stellen, werden – je nach Tarif – zu einem höheren Gebührensatz berechnet als für gesetzlich Krankenversicherte; möglich ist ein um das 2,3-fache höherer Gebührensatz.

Die Kosten bekommt der Versicherte von seiner Krankenkasse erstattet. Der Rahmen der Kostenerstattung ist im Tarif vertraglich vereinbart. Diese Prämie wird zusätzlich zum monatlichen Beitragssatz fällig.

Auch für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen wie der Integrierten Versorgung oder strukturierten Behandlungsprogrammen müssen die Krankenkassen ihren Versicherten Tarife anbieten und können diese mit Zuzahlungsnachlässen oder Prämien verbinden.

Individueller Krankengeldanspruch: Gesetzlich Versicherte, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, zahlen einen ermäßigten Beitragssatz. Die Krankenkassen müssen diesen Versicherungsmitgliedern, soweit ihnen bei Arbeitsunfähigkeit Arbeitseinkommen oder Arbeitseinkommen entgeht, einen Wahltarif zum Krankengeld anbieten, der auch individuell den Beginn der Krankengeldleistung festlegt. Das bedeutet, die Mitglieder entscheiden selbständig über ihre finanzielle Absicherung im Krankheitsfall und über den Zeitpunkt, wann diese greifen soll. Von dieser Regelung profitieren besonders Selbständige, die oftmals kein Interesse an den Leistungen des Krankengeldes haben, sowie kurzzeitig Beschäftigte ohne Anspruch auf die sechswöchige Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall.

Alle genannten Tarifvereinbarungen – außer denen zur Teilnahme an besonderen Versorgungsformen – haben eine Bindungsfrist von mindestens drei Jahren. Die Krankenkassen haben die Verpflichtung, für Wahltarife in ihren Satzungen ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen zu verankern. Versicherte, die ihren Krankenkassenbeitrag nicht selbst zahlen, zum Beispiel Arbeitslosengeldbezieher, können keine Selbstbehalttarife etc. wählen.

Die Höhe der Prämienzahlung an Versicherte wird begrenzt. Dies ist erforderlich, um Missbrauchsmöglichkeiten – zum Beispiel für Versicherte, die nur geringe Beiträge zahlen – zu verhindern. Die Begrenzung bewirkt zugleich, dass Selbstbehalttarife und Tarife, die für Nichtinanspruchnahme von Leistungen Prämienzahlungen vorsehen, nur eingeschränkt möglich sind. Der Selbstbehalt muss damit im angemessenen Verhältnis zur Prämienrückzahlung stehen. Insgesamt wird eine Kappungsgrenze eingeführt, die verhindert, dass Prämienzahlungen in der Häufung in keinem Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen stehen.

Zusatzbeitrag

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten alle Krankenkassen die finanziellen Mittel, die sie für die Gesundheitsversorgung ihrer Versicherten benötigen. Für jeden Versicherten wird ein einheitlicher Betrag gezahlt, ergänzt um einen zusätzlichen finanziellen Ausgleich, der die unterschiedliche Versichertenstruktur – nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand – einer Kasse berücksichtigt.

Hat eine Krankenkasse gut gewirtschaftet und die vielfältigen Anreize zu einer effizienten Gesundheitsversorgung genutzt (Hausarztmodelle, Integrierte Versorgung, Wahltarife für ihre Versicherten), kann sie ihre Versicherten am Erfolg teilhaben lassen und ihnen einen Teil des Beitrages zurückerstatten.

Umgekehrt gilt: Kommt eine Krankenkasse mit den zugewiesenen Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, muss sie von ihren Versicherten einen zusätzlichen Beitrag erheben. Dessen Höhe ist allerdings begrenzt: Die Krankenkassen dürfen nämlich einen zusätzlichen Beitrag maximal in der Höhe von einem Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen verlangen. Diese Klausel schützt die Versicherten vor finanzieller Überforderung. Um den bürokratischen Aufwand bei der Überforderungsklausel gering zu halten, werden Zusatzbeiträge von bis zu acht Euro ohne Prüfung der Einkommenssituation erhoben.

Erhebt die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag oder senkt sie die Prämienrückzahlung, muss sie ihre Versicherten auf das Sonderkündigungsrecht hinweisen.

Danach dürfen Versicherte innerhalb von zwei Monaten nach Inkrafttreten der Beitragserhöhung ihre alte Krankenkasse verlassen und sich bei einer anderen Krankenkasse versichern.

Grundsätzlich zahlt jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung den Zusatzbeitrag seiner Kasse. Für seine Kinder oder den mitversicherten Partner zahlt man keinen Zusatzbeitrag.

Versicherte, die Sozialhilfe erhalten oder Grundsicherung, weil ihre Rente gering ist, oder Heimbewohner, die ergänzende Sozialhilfe bekommen, zahlen einen möglichen Zusatzbeitrag nicht selbst. Wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erhebt, übernimmt das Grundsicherungs- oder das Sozialamt auch den Zusatzbetrag.

Zweitmeinung

Die Verordnung von kostenintensiven beziehungsweise speziellen Arzneimitteln muss künftig in Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten erfolgen.

Diese Regelung bezieht sich insbesondere auf gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und andere hochwirksame, neue Arzneimitteltherapien und Verfahren, die zum Beispiel zur Behandlung von Autoimmun- oder Tumorerkrankungen eingesetzt werden. Die Schwere der betroffenen Erkrankungen sowie der oftmals hohe Preis der Arzneimittel machen die Abstimmung mit fachlich besonders ausgewiesenen Ärzten notwendig. Damit wird eine sichere und unter therapeutischen Aspekten optimale Patientenversorgung mit hochmodernen und innovativen Arzneimitteln gewährleistet. Zusätzlich wird sichergestellt, dass diese Arzneimittel gezielt den Patientengruppen zugutekommen, die davon am meisten profitieren.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien die Vorgaben zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit für die Anwendung dieser Arzneimittel sowie für die Qualifikations- und Dokumentationsanforderungen, die an die Ärzte gerichtet werden.

Die Anforderungen an die Qualifikation der Ärzte für spezielle Arzneimitteltherapien werden von der gemeinsamen Selbstverwaltung nach Abstimmung mit den Fachkreisen festgelegt.

Grundsätzlich können alle Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen – insbesondere Vertragsärzte, Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und in ärztlich geleiteten Einrichtungen – zu Ärzten für besondere Arzneimitteltherapien bestimmt werden, sofern sie nachweisen, dass sie die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen.

Hierzu zählt auch die Bereitschaft, ihre Beziehungen zur pharmazeutischen Industrie offenzulegen, da in diesem Rahmen die fachliche Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass die Vorgaben zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit tatsächlich erreicht werden können.

Die Bestimmung der besonders qualifizierten Ärzte erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen.

Die freie Arztwahl der Versicherten wird hierdurch nicht zusätzlich eingeschränkt, da bei Einholung einer Zweitmeinung die Verordnungsbefugnis des behandelnden Arztes erhalten bleibt.

Um Versorgungsengpässe auszuschließen, erfolgt die Umsetzung zeitlich und regional flexibel: Die Umstellung auf das neue System wird erst dann wirksam, wenn eine genügend große Anzahl von Ärzten für spezielle Arzneimitteltherapien in einer Region vorhanden ist. Versicherte sollen einen Arzt für besondere Arzneitherapien in zumutbarer Entfernung und mit zumutbarer Wartezeit erreichen können.